

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1898-99. — N° 147.

DE
L'ÉPITHELIOMA DE LA FACE
CHEZ LES JEUNES SUJETS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 11 Juillet 1899

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Henri GOY

Né le 20 Octobre 1872, à Beaune (Côte-d'Or),

Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

Juillet 1899

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1898-99. — N° 147.

DE
L'ÉPITHELIOMA DE LA FACE
CHEZ LES JEUNES SUJETS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 11 Juillet 1899

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Henri GOY

Né le 20 Octobre 1872, à Beaune (Côte-d'Or),

Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Juillet 1899

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN.
LACASSAGNE ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES
MM. PAULET, CHAUVEAU, BERNE.
PROFESSEURS

Cliniques médicales.	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.	BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	OLLIER.
Clinique ophtalmologique.	PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOCHIER.
Clinique des maladies mentales.	GAYET.
Physique médicale.	GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.	PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.	MONOYER.
Matière médicale et Botanique.	HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée.	CAZENEUVE.
Anatomie.	FLORENCE.
Anatomie générale et Histologie.	LORTET.
Physiologie.	TESTUT.
Pathologie interne.	RENAUT.
Pathologie externe.	MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales.	TEISSIER.
Anatomie pathologique.	AUGAGNEUR.
Médecine opératoire.	MAYET.
Médecine expérimentale et comparée.	TRIPIER.
Médecine légale.	POLLOSSON (M.)
Hygiène.	ARLOING.
Thérapeutique.	LACASSAGNE.
Pharmacie.	BARD.
	SOUPLIER.
	CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes.	LAROYENNE.
---	------------

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants.	WEILL, agrégé.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS, agrégé.
Accouchements.	POLLOSSON (A.) —
Botanique.	BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	ROLLET.	DURAND.	PAVIOT.
CONDAMIN.	ROUX.	DOYON.	NOVÉ-JOSSERAND
COURMONT.	COLLET.	BARRAL.	BÉRARD.
DEVIC.	BOYER.	MOREAU.	BORDIER.
POLLOSSON (A.)	VALLAS.	PIC.	SAMBUC.
ROCHET.	SIRAUD.		

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PONCET, Président ; M. LANNOIS, Assesseur ;
MM. ROCHET et VALLAS, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

Arrivé au terme de mes études médicales, je me fais un devoir de remercier mes maîtres à la Faculté et dans les Hôpitaux et particulièrement :

M. le professeur Poncet qui m'a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse ;

M. Vallas, professeur agrégé, dont j'ai été l'externe, et qui m'a toujours témoigné un intérêt et une sympathie dont je garde le précieux souvenir ;]

M. Rochet, chirurgien-major de l'Antiquaille, qui fut pour moi un maître aussi aimable que dévoué ;

MM. Vincent, chirurgien, et Colrat, médecin des hôpitaux, qui, tous deux, ont conduit mes premiers pas dans la clinique infantile.

J'adresse mes plus sincères remerciements à mon ami Henri Carrier, interne des hôpitaux, auquel je dois la traduction des ouvrages anglais dont je me suis inspiré. Sa collaboration m'a été précieuse, et les heures passées en commun n'ont fait que resserrer les liens d'amitié qui nous unissaient déjà.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

AVANT-PROPOS

Contrairement à ce qu'on pourrait supposer et aux idées autrefois admises, le cancer chez les jeunes sujets n'est pas une affection très rare.

Gendrin¹ prétendait à tort que le cancer ne se manifestait pas dans les premières années de la vie. Si l'on s'en rapporte aux statistiques nouvelles, on voit que chez les enfants en bas âge le cancer est relativement fréquent.

Charon et Ledeganck² dans un mémoire présenté à l'Académie Royale de médecine de Belgique et contrôlé par Rommelaere et Borlée³, rapportent six observations de tumeurs malignes chez des enfants :

Obs. I. Encéphaloïde du rein droit diagnostiqué chez un enfant de quatre ans ;

Obs. II. Cancer du rein gauche diagnostiqué chez un enfant de quatre ans ;

Obs. III. Cancer du maxillaire inférieur et du rein droit chez un enfant de deux ans ;

¹ Gendrin, *Influence des âges sur les maladies* (th. d'agrégation, 1840).

² Charon et Ledeganck, Tumeurs malignes dans la première et la seconde enfance (*Bull. Acad. Roy. de Médecine de Belgique*, Bruxelles, 1876, 3 s., XII, 518-558, 3 pl.).

Rommelacre et Borlée, *ibid.*, 454-458, 1878.

Obs. IV. Adénite cancéreuse de nature encéphaloïde développée chez un enfant de cinq ans ;

Obs. V. Sarcome congénital de la face.

Obs. VI. Dégénérescence villeuse de la vessie chez un enfant de trois ans.

Après eux, Duzan¹, Levaillant², Picot³ traitent spécialement cette question.

Fabre⁴ cite dans sa thèse des observations fournies par Gueillot, dont une concerne une fillette de quatre ans atteinte de cancer de la langue.

Roger Williams⁵ cite la statistique de Duzan, qui a recueilli cent quatre-vingt deux cas de cancer dans le jeune âge. Lui-même rapporte des cas nombreux de cancer atteignant l'utérus, le vagin, les seins, l'ovaire, les testicules, la prostate, l'œil, les capsules surrénales, etc.

Röhrer⁶ cite trente-sept cas de cancer des reins, Leibert⁷ cinquante, Jacobi⁸, Paul⁹, Windle¹⁰, Eve¹¹ et d'autres encore ont publié des faits de ce genre.

¹ Duzan, *Le cancer chez les enfants* (th. de Paris, 1876).

² Levaillant, *Des tumeurs malignes chez les enfants* (th. de Paris, 1881).

³ Picot, Les tumeurs malignes des enfants (*Rev. méd. Suisse rom.*, 1883).

⁴ Fabre, *De la contagion du cancer* (th. de Lyon, 1892).

⁵ Roger Williams : Voir observations.

⁶ Röhrer : Voir Roger Williams.

⁷ Leibert, *Id.*

⁸ Jacobi, *Id.*

⁹ Paul, *Id.*

¹⁰ Windle, *Id.*

¹¹ Eve, *Id.*

Mais de ce que le cancer viscéral se rencontre dans l'enfance, s'ensuit-il qu'il atteigne la peau, et particulièrement la face, et qu'on observe de zéro à trente ans des cancroïdes présentant les mêmes signes que ceux des vieillards?

Sur le conseil de M. le professeur agrégé Vallas, nous avons dirigé nos recherches dans ce sens, et nous nous proposons d'étudier ici le cancroïde de la face chez les jeunes sujets.

Nous diviserons notre travail en cinq chapitres :

- I. *Historique.*
 - II. *Étiologie. Pathogénie. Anatomie pathologique.*
 - III. *Symptômes. Observations.*
 - IV. *Diagnostic. Marche et pronostic.*
 - V. *Traitement.*
-

DE

L'ÉPITHÉLIOMA DE LA FACE

CHEZ LES JEUNES SUJETS

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Il ne faut pas remonter bien haut dans la littérature médicale pour trouver des observations d'épithélioma de la face se rapportant au cas particulier que nous envisageons.

Depuis une dizaine d'années, il semble que l'on se soit occupé davantage de cette question.

E. Albert¹, de Vienne, observe en 1891 plusieurs cas de cancers des lèvres chez des sujets de vingt à trente ans.

Léon Tripier, cité dans la thèse de Fabre de Lyon, opéra dans de semblables conditions un jeune homme de dix-sept ans, et l'examen histologique vint confirmer le diagnostic clinique.

M. Gangolphe², dont nous reproduisons plus loin l'ob-

¹ E. Albert, *Lehrb. der Chir.*, 4^e édition, Vienne, 1891, t. I, p. 204.

² Gangolphe, M., voir observation II.

servation, en signale un cas chez un garçon de quinze ans.

Turner¹, Krasnobayeff², Mariage³, Selberg⁴ en rapportent des exemples.

Roger Williams⁵ cite une observation de Batashoff, et lui-même publie un cas d'ulcère rongeur chez un enfant de quatorze ans. Nous reproduisons plus loin son observation.

Thin⁶ cite Morris comme ayant vu un cas dont le début eut lieu à quatorze ans.

Kaposi, dans son *Traité sur les maladies de la peau*, parle de sujets entre huit et dix-huit ans, mais il ne donne aucun détail.

Lossen a rapporté un cas d'épithélioma de la région frontale survenu chez une jeune fille de dix-huit ans qui avait une acné pustuleuse très prononcée. Sur le sourcil gauche, elle avait une ulcération de la dimension d'une pièce de 2 marks.

Le diagnostic de cancer épithélial fut confirmé par le microscope (*Arch. für klinische Chirurg.*, Bd XXIII).

L'excision fut suivie de guérison complète et, au bout d'un an, aucune récurrence ne s'était produite.

¹ Turner, voir observation I.

² Krasnobayeff, voir observation III.

³ Mariage L., *Essai sur les tumeurs malignes des enfants* (th. Paris, 1895).

⁴ Selberg, Ein Fall von Carcinom der Haut bei einem 6 Monate alten Kinde (*Arch. für Anatom.*, etc. Berlin, 1896, CXLV, 176-179).

⁵ Roger Williams, voir observation VI.

⁶ Thin, *Cancerous affections of the Skin*,

Arnott¹ a observé sur la lèvre gauche d'une fille de vingt ans un cancer épithélial.

Winiwarter² a vu un cas de carcinome de l'oreille externe chez un jeune homme de dix-neuf ans.

Hartzell³ rapporte à son tour l'observation d'un jeune homme de seize ans atteint d'ulcère rongeur de la joue. Cette observation nous a paru si intéressante que nous la relatons dans notre travail.

Nous publions deux observations venant du service de M. le professeur Poncet.

Nous citons également deux cas personnels vus récemment dans les services hospitaliers de M. le professeur Maurice Pollosson et de M. le professeur agrégé Vallas.

¹ Arnott, *Transactions of the pathological Society*, 1873.

² Winiwarter, *Die chirurg. Krankheit. des Haut*, 1873.

³ Hartzell, voir observation V.

CHAPITRE II

ETIOLOGIE

PATHOGÉNIE. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Si nous réunissons dans un seul chapitre l'étiologie, la pathogénie et l'anatomie pathologique, c'est que ces parties de notre étude ne présentent aucun intérêt particulier.

Tout ce qu'on a dit sur le cancer en général, tout ce qui se rapporte au cancer des lèvres et des joues peut avoir ici son application.

Le sexe paraît jouer cependant un certain rôle, et la proportion de sujets masculins semble plus grande que celle des filles.

La plupart des observations que nous publions ont trait à des garçons ; une seule se rapporte à une fille.

L'âge exerce lui aussi une certaine influence. Le cancroïde de la face devient en effet plus fréquent à mesure que les sujets augmentent en âge. La période, durant laquelle il se développe surtout, varie entre quatorze et vingt-cinq ans.

Les milieux ne sont pas étrangers à son apparition. Dans quatre de nos observations personnelles les sujets étaient des cultivateurs ; le malade de M. Gangolphe était un manœuvre maçon : tous gens dont les conditions de propreté laissent souvent à désirer,

Nous nous appuyons sur Daniel Mollière, qui, dans une clinique faite à l'Hôtel-Dieu de Lyon en 1887, disait : « Dans le courant de l'année 1886, sur trente-quatre malades atteints d'épithélioma de la lèvre, un seul habitait la ville. »

Ces paroles, qui s'adressaient à des cas de cancer des lèvres chez des gens âgés, peuvent aussi avoir leur application dans notre cas particulier, si nous nous reportons à nos observations.

Toutes les causes d'irritation, le grattage, les traumatismes de quelque nature qu'ils soient favorisent également le développement du cancroïde cutané.

La dégénérescence cancroïdale du lupus offre une fréquence relativement grande. Il est rare toutefois de la rencontrer sur des lupus en voie d'activité et c'est principalement sur les cicatrices qu'on peut les observer. Nous publions cependant un fait dans lequel le cancroïde s'est développé sur un lupus en activité.

Les kystes sébacés peuvent eux aussi se transformer en cancroïdes ; nous devons dire, toutefois, que le fait ne survient guère que sur une loupe laissée pendant longtemps fistuleuse et que cet épithélioma est généralement bénin.

Enfin, parmi les cancroïdes cutanés appartenant au jeune âge, nous signalerons l'épithélioma calcifié et le xeroderma pigmentosum, décrit pour la première fois par Kaposi.

Nous ne parlerons que pour mémoire du cancer congénital qui ne rentre pas dans notre étude.

La *contagion* n'est pas étrangère, pensons-nous, à l'apparition du cancer.

Ne voit-on pas ce matelot, dont parle Turner, atteint

à la fois de cancer de la lèvre et d'un cancer siégeant à la racine du pénis ?

Cette observation serait en faveur de la *théorie psorospermique* et ce serait le cas de rappeler les expériences de Mayet. Nous ne croyons pas devoir le faire et nous nous contenterons de citer la thèse remarquable de J. Fabre qui les contient (th. de Lyon, 1892, *De la contagion du cancer*).

Marie¹ estime, lui aussi, que la théorie psorospermique est la seule qui satisfasse l'esprit et dit qu'elle s'appuie sur des faits d'observation clinique, sur des constatations de figures endo-cellulaires et sur quelques expériences de greffes cutanées positives.

Castueil² soutient également la présence de *microbes*. Mais il semble faire trop bon marché de l'opinion de Brault, de Bard et d'autres encore qui considèrent la cellule comme pouvant devenir l'élément infectieux, sans qu'il soit besoin d'invoquer la présence de microbes.

Avec Maurice Cazin³ et Fabre-Doumergues, on peut dire que tout ce qui a été décrit comme parasites du cancer se rattache à des dégénérescences cellulaires.

La pathogénie du cancer épithélial reste donc à élucider et, n'ayant pas cette prétention, notre travail ne devait que relater ces diverses opinions

Mais, à côté de cette question, s'en pose une non moins importante : celle de l'hérédité.

¹ Marie, th. de Paris, 1896.

² Castueil, th. de Paris, 1894.

³ Maurice Cazin, *Rev. des mal. cancéreuses*, I, 1, p. 3, 20 octobre 1895,

Moore¹ admet que le carcinome héréditaire se montre avant l'âge de cinq ans. J. Rebulet, dans sa thèse de Paris 1896, intitulée : *De l'influence de l'hérédité sur la fréquence du cancer en Normandie*, se basant sur des observations qu'il a recueillies et sur différentes enquêtes (Arnaudet, Brunon, etc.) s'applique à démontrer que l'hérédité, renforcée par la consanguinité joue le principal rôle parmi les causes qui méritent d'être invoquées.

Nous rappellerons aussi une observation du D^r Dève citée par Guelliot² dans laquelle il parle d'une famille habitant T..., dans la Haute-Saône et dans laquelle tous les membres sont morts ou sont actuellement cancéreux.

Ce qui est vrai pour l'âge mûr l'est également pour la jeunesse, et, ce que nous voulons surtout faire ressortir, c'est la prédisposition du terrain chez des enfants nés de cancéreux.

C'est la conclusion à laquelle se range von Winiwarter qui, tout en admettant l'infection carcinomateuse, croit également à la prédisposition.

Cette prédisposition peut être créée non seulement par l'existence chez les ascendants de tumeurs cancéreuses.

Nous estimons que toutes les déchéances organiques, l'alcoolisme, la syphilis sont capables de préparer un terrain qui, pour une raison ou pour une autre, se laissera à son tour facilement envahir par la cellule cancéreuse.

Nous avons intitulé notre thèse : *De l'Epithélioma de la face*.

C'est que véritablement il s'agit bien d'un épithélioma,

¹ Mare, *in th.* de Fabre de Lyon, 1892.

² Guelliot, *in th.* Fabre, 1892.

toutes nos observations en font foi et les généralités aussi bien que les détails de structure qui s'appliquent à cette sorte de néoplasme trouveraient ici leur place.

Nous nous contenterons de dire que l'on a affaire à un épithélioma du type ectodermique qui, dans certains cas peu malins, est formé par des boyaux épithéliaux faisant de nombreux globes cornés et dans d'autres est constitué par des nappes épithéliales considérables, indiquant ainsi un degré plus avancé de malignité.

Les lieux d'élection de cet épithélioma paraissent être les follicules pileux, les glandes sébacées et sudoripares.

C'est, du moins, ce qui résulte des analyses histologiques que nous reproduisons et du travail de Besnier¹.

¹ Besnier, Epithéliomatose disséminée de la face, forme à début sébacé, acné cancéroïdale (Mus. de l'Hôpital Saint-Louis. *Iconograph. des malad. ent. et syphil.*, Paris, 1896, 85-94, 1 pl.).

CHAPITRE III

SYMPTOMATOLOGIE

Notre étude symptomatologique comprendra la description de l'ulcère rongeur, celle du lupus devenu épithéliomateux et du *xeroderma pigmentosum*.

I. Ulcère rongeur.

Au point de vue clinique, on peut diviser le cancroïde de la face chez les jeunes sujets en trois périodes :

- 1° Période de début ;
- 2° — de repos ;
- 3° — d'état.

1° PÉRIODE DE DÉBUT. — Il ressort de l'étude d'ensemble des observations que nous publions ce fait que tous les néoplasmes ont eu un début calme. Ordinairement, c'est un petit bouton qui apparaît soit sur la joue, soit sur les lèvres, la supérieure le plus souvent, soit à la tempe, au menton ou bien au niveau de l'aile du nez.

Ce bouton devient le siège d'un prurit incessant qui excite le malade à gratter et finalement à écorcher cette petite masse néoformée.

Il n'y a pas, à proprement parler, de véritable douleur.

Puis, à la surface de ce bouton, se forme une croûte qui ne laisse suinter d'abord aucun liquide.

Les ganglions sont peu envahis et tout rentre dans l'ordre, donnant ainsi au malade l'illusion de la guérison.

2° Cet arrêt dans l'évolution du mal, c'est ce que nous appellerons la PÉRIODE DE REPOS, période durant laquelle le néoplasme reste à l'état latent, évoluant sourdement, préparant pour ainsi dire son travail de destruction ultérieure.

Cette période peut durer plus ou moins longtemps.

Le malade de M. Vallas est resté durant huit ans sans qu'aucune autre manifestation ne se produisît.

Celui de Hartzell fait remonter son affection à deux ans, laps de temps pendant lequel il ne remarque aucun autre trouble.

Chez d'autres, au contraire, témoin les malades de M. Gangolphe et de M. le professeur Pollosson, la période d'état ne tarde pas à faire suite à celle du début ; et c'est seulement après quatre, cinq ou six mois que l'affection entre dans sa période d'activité.

3° Celle-ci est la PÉRIODE D'ÉTAT. — Le néoplasme peut alors évoluer de façons différentes, et nous lui décrivons deux formes :

a) *Forme végétante.*

b) *Forme ulcéreuse ou rongeante.*

a) *Forme végétante.* — Celle-ci, la plus rare, est constituée par des bourgeons saillants donnant à la tumeur l'aspect d'un chou-fleur. A la surface de ces végétations

existent des lésions ulcéreuses qui donnent lieu à un suintement ichoreux et fétide.

Ces ulcérations déchiquetées sont taillées à pic et présentent ordinairement une teinte noirâtre.

Par ses autres caractères cette forme se rapproche de la suivante.

b) *Forme ulcéreuse*. — Celle-ci, la plus fréquente est caractérisée par la tendance à l'ulcération envahissante des parties périphériques et profondes.

C'est ce que les Anglais appellent l'ulcère rongeur, *rodent ulcer*.

Après le stade d'arrêt plus ou moins long que nous avons signalé, il se fait une perte de substance qui varie avec les sujets. Chaque jour amène son œuvre de destruction, et bientôt l'ulcère est définitivement constitué.

La partie périphérique saillante, en forme de bourrelet, est dure au toucher. Les bords de l'ulcération sont déchiquetés, taillés à pic. Le fond est tantôt noirâtre, tantôt de couleur de jambon fumé, ce qui lui donne l'aspect d'une lésion syphilitique. Tapissant ce fond, un ichor fétide, sanieux, suinte, s'écoulant à l'extérieur et faisant parfois du malade un objet de dégoût et de répulsion.

La douleur est en général minime.

Les ganglions, jusqu'alors indemnes, peuvent s'engorger augmentant ainsi le degré de malignité de l'ulcère.

Cependant, avec de larges pertes de substance, les ganglions sont quelquefois sains, comme l'indiquent les observations de MM. Gangolphe et Vallas.

Nous insistons sur cette absence d'engorgement ganglionnaire, car la généralisation, la récurrence post-opératoire sont peu à craindre et les chances de succès final d'autant

augmentées. L'ulcération, avons-nous dit, gagne à la fois en surface et en profondeur.

Abandonnée à elle-même, la lésion envahit les tissus musculaires et osseux sous-jacents. Il en résulte des hémorragies empruntant un certain caractère de gravité suivant les vaisseaux ulcérés, des périostites, des ostéites consécutives entraînant la nécrose des os de la face.

Il se fait parfois des pertes de substance telles que l'on peut voir la malade de Williams¹ présenter une hernie du cerveau à travers la voûte orbitaire perforée.

Malgré ces symptômes locaux alarmants, le malade présente un état général assez satisfaisant. Les phénomènes cachectiques n'existent pas, sauf dans les cas comme celui de Williams.

Il n'y a pas de troubles digestifs.

Le patient se trouve donc dans des conditions d'opération exceptionnelles. Et nous verrons plus loin que celle-ci ne doit pas se faire attendre, dès qu'un diagnostic ferme aura été posé.

II. Cancroïde greffé sur le lupus.

Nous avons dit que le cancroïde pouvait s'implanter sur le lupus cicatrisé ou en voie d'activité. Vidal et Leloir en décrivent deux formes, l'une végétante ordinaire, l'autre ulcéreuse plus rare.

Le malade de M. le professeur Pollosson nous fournit un bel exemple de la forme végétante.

Au point de vue symptomatique, nous n'avons rien à

¹ Roger Williams, voir observations.

ajouter à ce qui a été dit plus haut. Cette variété de cancroïde est plus grave que l'*ulcus rodens* vulgaire; nous voyons que l'engorgement ganglionnaire y est plus fréquent et que son évolution locale est surtout plus rapide.

III. *Xeroderma pigmentosum*.

Nous ne faisons que signaler cette affection du jeune âge mentionnée pour la première fois par Kaposi en 1870.

C'est d'abord un érythème auquel succèdent des taches pigmentaires brunes, noires ou rouges et vasculaires. Puis des tumeurs épithéliales se développent, multiples, dont les unes s'éliminent spontanément et dont les autres s'ulcèrent, entraînant avec l'engorgement ganglionnaire, un état cachectique très prononcé du malade.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

Epithélioma de la lèvre et du pénis chez un jeune homme de vingt-quatre ans (Turner G.-R., *Lancet*, London, 1892, I, p. 1421).

C. F., âgé de vingt-quatre ans, marin français, fut admis à l'hôpital le 22 septembre 1890. Parents vivants et bien portants ; il en est de même de tous ses frères et sœurs. Aucune observation d'affection maligne dans la famille. Il avait eu un bec de lièvre et une tumeur verru-queuse sur la lèvre inférieure, qui fit sa première apparition en avril 1890, et avait augmenté graduellement de dimension. Il avait l'habitude de fumer des pipes de terre.

Le bec de lièvre fut opéré et l'épithélioma de la lèvre enlevé le 1^{er} octobre.

M. Riston, qui a fourni ces notes avec soin, fit un exa-

men microscopique de la tumeur et reconnut distinctement qu'elle était de caractère épithéliomateux.

On s'aperçut qu'il avait une semblable tumeur au pénis, dont l'existence avait été cachée jusque-là, et au sujet de laquelle il racontait l'histoire suivante :

Il avait d'abord remarqué, en juillet 1889, un petit bouton vers le centre de la gaine du pénis, qui ne tarda pas à s'ulcérer. Il resta à l'hôpital de Calcutta, d'octobre 1889 à janvier 1890. On l'y traita par des caustiques variés, mais sans effet marqué sur la tumeur.

Au mois de mai suivant (1890), il entra à l'hôpital de New-York. La tumeur alors avait nettement l'aspect d'un cancer et l'on proposa l'ablation du pénis. Il avait refusé cette opération. Il n'y avait aucun antécédent de chancre ou de syphilis secondaire.

La plaie sur le pénis était large et inégale, avec les bords renversés, durs, principalement sur le dos et, de proche en proche, entourait le pénis tout entier. Elle commençait à environ un demi-pouce de l'extrémité et s'étendait à environ la même distance de la racine du pénis.

Il n'y avait pas d'engorgement marqué des ganglions inguinaux. Il fut traité localement par le calomel et par le traitement antisiphilitique général, mais sans en retirer quelque bénéfice.

Bien qu'il ne voulût pas donner son consentement à l'amputation du pénis, il voulait bien qu'on lui enlevât la tumeur, ce qui fut fait le 28 octobre, et on retrancha une partie considérable des enveloppes du pénis.

Le corps spongieux et les corps caverneux n'étaient heureusement pas envahis. La plaie opératoire guérit rapidement avec des bourgeons sains. L'homme quitta l'hôpi-

tal apparemment guéri le 31 décembre 1890. On lui recommanda de revenir s'il avait quelque récurrence à la lèvre ou au pénis. Mais depuis, on ne l'a pas revu.

Turner fait, au sujet de ce cas, remarquer la rareté d'épithéliomas siégeant à la fois sur la lèvre et le pénis, principalement chez un homme de vingt-quatre ans.

Il ajoute : « On ne pouvait avoir aucun doute clinique-ment et microscopiquement sur la nature de ces tumeurs. Le résultat négatif du traitement syphilitique ne fit que corroborer le diagnostic. »

OBSERVATION II

(Due à l'obligeance de

M. le professeur agrégé M. Gangolphe.)

Epithélioma de la lèvre supérieure chez un garçon de quinze ans.

F. M..., quinze ans, manœuvre maçon, entre le 4 septembre 1891, salle Saint-Pothin, n° 9, pour une ulcération de la lèvre supérieure. On ne relève rien de saillant dans ses antécédents héréditaires, collatéraux ou personnels. Notamment, il n'y a aucun signe de scrofule ni d'infection syphilitique.

La maladie actuelle date de huit mois environ; elle débuta par une ulcération minuscule sur la partie médiane de la lèvre supérieure¹.

¹ Le malade prétend que l'ulcération s'est développée au niveau d'une petite plaie produite par un coup de griffe de chat.

Il se forma une croûte que le malade arracha. Peu à peu l'ulcération s'agrandit et se creusa. Pas de douleurs, ni de démangeaisons ; la plaie ne saignait pas, suintait très peu et n'offrait aucune tendance à la cicatrisation.

Actuellement, on constate que la santé générale est excellente ; il n'existe aucun trouble viscéral ; ce garçon, sans être grand, est fort et bien constitué.

On ne trouve nulle part de stigmates syphilitiques, bonne dentition, squelette intact ; pas la moindre adéno-pathie. Pas de lésions oculaires, ni d'ozène. Bref, on est conduit, de par l'examen général du sujet, à repousser toute idée de tuberculose ou de syphilis.

Quant à l'examen local, voici ce qu'il donne : l'ulcération située exactement au milieu de la lèvre supérieure empiète également sur la muqueuse et sur la peau. Elle a la forme d'une ellipse allongée transversalement, de la dimension d'une pièce de 50 centimes. Elle se compose de deux parties distinctes : une partie centrale, anfractueuse, de couleur noirâtre, et une partie périphérique saillante, en forme de bourrelet, très dure au toucher.

Dans les régions sous-maxillaires, on trouve quelques ganglions très petits n'excédant pas le volume normal.

En présence de ces signes locaux et généraux négatifs au point de vue de la tuberculose et de la syphilis, nous recommandons de panser l'ulcération aseptiquement et ordonnons l'iodure de potassium.

Le 9 septembre, nous trouvons qu'un changement manifeste s'est produit (*probablement sous l'influence des soins de propreté*) : le bourrelet périphérique s'est

un peu affaissé, l'ulcération est recouverte d'une croûte jaunâtre.

10 octobre. — Ce semblant d'amélioration ne s'est pas maintenu; au contraire l'ulcération tendait à augmenter et à se creuser malgré 6 grammes d'iode.

Nous souvenant d'un sujet de vingt ans opéré par Léon Tripier pour un épithélioma de la lèvre, nous pensons qu'il peut en être de même chez notre sujet et nous pratiquons l'ablation de la lésion.

Voici les résultats fournis par l'examen histologique pratiqué au laboratoire d'anatomie pathologique. « La pièce présente une dépression cupuliforme de 1 centimètre et demi de diamètre; au centre, bourgeons épidermiques reposant sur des couches musculaires dissociées par la sclérose; au centre même de l'ulcération, la couche musculaire est mise à nu; en se rapprochant de la périphérie, la couche des bourgeons épidermiques s'épaissit progressivement et atteint son plus grand développement au-dessous de l'épiderme marginal.

A ce niveau on rencontre quelques globes cornés dont un groupe est sur le bord immédiat de la section. Le plus grand nombre des bourgeons n'est composé que de cellules épidermiques très embryonnaires sans évolution cornée manifeste; par contre, quelques globes cornés ont subi une sorte de fonte destructive secondaire. Le tissu interstitiel ne présente pas d'infiltration embryonnaire. »

Ajoutons que nous n'avons pas pratiqué d'ablation de ganglion : les régions sous-maxillaires et sus-hyoïdienne nous ont paru absolument indemnes.

Nous insistons sur ce point, car nous ne nous souvenons

pas avoir jamais opéré un épithélioma labial chez l'adulte, sans avoir (conformément à la pratique systématique de Daniel Mollière et Léon Tripier) fait le curage ganglionnaire de ces diverses parties.

A l'heure actuelle, il n'existe aucune trace de récidence et le résultat plastique est très satisfaisant.

Enfin, ce fait emprunte un intérêt évident à sa rareté.

OBSERVATION III

Epithélioma de la lèvre et de l'aile du nez chez un enfant (Krasnobayeff, *Vracht* 1892, n° 51; *Rev. des mal. de l'enfance*, 1893, t. XI, p. 128).

Fille de huit ans. Sur la moitié droite de la lèvre supérieure et sur l'aile droite du nez existe une ulcération humide à bords infiltrés et parsemés de nodules superficiels. La muqueuse de la lèvre est saine et n'adhère pas à l'ulcération.

Adénopathie maxillaire. Les gencives du même côté sont enflammées, saignantes et couvertes d'un détritüs purulent.

Après un essai de traitement antisyphilitique (iodure de potassium), on fait l'ablation des parties malades et on répare la brèche par une opération autoplastique qui réussit fort bien.

L'examen histologique a montré l'existence d'un cancer épithélial de la peau.

(Soc. de pédiatrie de Moscou, 7 déc. 1892.)

OBSERVATION IV

(Due à l'obligeance de M. le professeur Poncet.)

*Epithélioma du menton chez un jeune homme de
vingt-six ans.*

D. A... cultivateur à Bassey (Loire), entre le 6 janvier 1894, dans le service de M. le professeur Poncet, salle Saint-Martin, lit n° 24, pour une ulcération, d'aspect épithéliomateux, à la région mentonnière. Le début de l'affection remonte à deux ans. Ce fut un petit bouton que le malade écorcha en se grattant, et qui se développa sans cause apparente, en un point qui n'était le siège ni de nævus, ni d'aucune cicatrice.

Actuellement, on trouve une ulcération tout au plus de la largeur d'une pièce de 20 centimes. Les bords en sont irréguliers, festonnés, et forment un petit bourrelet saillant et dur. Le centre est ulcéré, creusé et recouvert d'une croûte. Le tout repose sur un fond induré.

La lésion est indolente, soit spontanément, soit au toucher.

Pas d'adhérence au squelette ; quelques petits ganglions dans les régions sous-maxillaires droite et gauche ; ablation.

Le malade sort guéri le 1^{er} février 1894.

OBSERVATION V

Epithélioma (Ulcère rongeant) chez un garçon de quatorze ans (Hartzell, *New-York med. Journal*, 5 mars 1898).

En juillet dernier, un garçon A. G., âgé de seize ans, maigre et anémique se présentait au dispensaire des maladies de la peau de l'hôpital de l'Université, pour consulter au sujet d'un ulcère chronique de la face, situé au niveau de l'arcade zygomatique gauche.

Cet ulcère était de la dimension d'un dime¹, d'une forme irrégulièrement arrondie avec un bord élevé, paraissant visqueux, enroulé sur lui-même et recouvert d'une croûte noirâtre, épaisse.

D'après le dire du malade, cette lésion avait commencé deux ans auparavant, alors qu'il n'avait que quatorze ans, par un petit bouton qui resta six mois avant de s'ulcérer.

Depuis la première apparition de l'ulcère, celui-ci n'avait jamais guéri, mais s'était lentement élargi, la plupart du temps sans douleur jusqu'à ce qu'il eut atteint ses dimensions actuelles.

Pendant quelques mois, ce fut un tubercule de la grosseur d'un pois avec une petite ouverture centrale fermée par un bord externe. Près de l'aile gauche du nez, il y avait un autre tubercule plus petit et, sur le bord externe

¹ Monnaie d'argent des Etats-Unis qui équivaut à 1/4 de dollar (54 centimes).

de la narine gauche, se trouvait un ulcère superficiel de la dimension d'un pois fendu, recouvert d'une croûte noirâtre.

Ces trois petites lésions étaient survenues après la grande lésion de l'arcade zygomatique.

Le diagnostic clinique d'épithélioma fut fait malgré la jeunesse du malade. Pour le confirmer ou le désapprouver on fit un examen microscopique de coupes du bord de l'ulcère.

Le microscope confirma pleinement le diagnostic clinique en relevant une structure néoplasique, consistant en un stroma dans lequel se trouvaient des travées ramifiées d'épithélium en colonnes nombreuses et irrégulièrement formées et une infiltration de cellules rondes séparant le néoplasme des tissus sains.

Un emplâtre de 40 pour 100 d'acide pyrogallique fut appliqué sur la plus grande lésion.

On n'osa pas appliquer un traitement plus radical à cause des craintes du patient, et le traitement institué fut continué pendant deux semaines.

Après la chute de l'escarre ainsi produite, l'ulcère fut pansé avec une pommade d'acide borique. On en employa de 1 drachme à 1 once.

Sous l'influence de ce traitement, une cicatrisation fut rapidement obtenue ; mais il était évident qu'il restait encore du tissu épithéliomateux après la complète cicatrisation. Le petit ulcère du bord de la narine fut excisé et l'on trouva à l'examen microscopique la même structure que pour celui de la joue.

OBSERVATION VI

(Roger Williams, *Lancet*, London, 1^{er} mai 1897,
I, p. 1195).

Roger Williams a observé chez une jeune femme un cas d'ulcère rongeant ayant débuté à l'âge de quatorze ans.

A quatorze ans, la malade avait remarqué un petit bouton sur la peau de la tempe gauche. Il n'y avait eu à ce niveau ni verrue, ni grain de beauté, ni aucune tache congénitale.

Au bout de peu d'années, ce bouton était devenu un petit ulcère recouvert d'une croûte. Huit ans après, il atteignait la dimension d'une pièce de 6 pence et, cinq ans plus tard, il avait celle d'une demi-couronne. Il fut alors cautérisé. Il s'étendit ensuite plus rapidement, envahissant le côté gauche de la face, de l'orbite à l'oreille. Peu à peu il envahit aussi l'oreille et les paupières. Les glandes sous-maxillaires étaient tuméfiées à ce moment.

L'état général ne semblait pas altéré.

L'ulcère fut curetté et ses parties périphériques extirpées par dissection.

Il y eut une récurrence immédiate, laquelle fut détruite par la pâte de Fell.

Deux ans et demi après, l'ulcère s'était beaucoup agrandi et ressemblait davantage à un épithélioma, avec plusieurs ganglions adjacents engorgés et durs.

L'ulcère fut à nouveau largement extirpé.

Trois ans après, il était encore progressant et l'orbite était envahi.

Dès lors, on ne tenta plus aucune opération.

L'ulcère rongea peu à peu l'orbite et en perfora la voûte, si bien que le cerveau faisait hernie à travers la perte de substance.

Environ un an après, la malade mourut de cachexie.

A l'autopsie, on constata que l'ulcération avait rongé tout le côté gauche de la tête et de la face : du cuir chevelu au bord inférieur du maxillaire inférieur et de l'oreille au nez.

Le maxillaire supérieur gauche avait complètement disparu et le pharynx était largement ouvert.

L'orbite gauche était rongée et le cerveau sortait à travers sa voûte.

Il n'y avait aucune trace de généralisation, soit dans les glandes lymphatiques adjacentes, soit ailleurs.

L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un *ulcus rodens* typique.

OBSERVATION VII

(Due à l'obligeance de M. le professeur Vallas.)

B. A., vingt et un ans, cultivateur, entre le 7 juillet 1898 à la salle Saint-Louis, service de M. le professeur agrégé Vallas. Il présente sur la joue droite une ulcération de la largeur de la paume de la main et accompagnée de suintement d'une odeur désagréable. Le fond de l'ulcération est sanieux, couleur de jambon fumé, anfractueux. Les bords sont indurés, taillés à pic. Pas de ganglions.



Les antécédents héréditaires du malade ne révèlent rien de particulier qui puisse faire songer au cancer. Le père toutefois est un alcoolique.

Frères et sœurs bien portants.

Personnellement le malade n'accuse ni tuberculose, ni syphilis.

Le début remonte à l'âge de treize ans. Sur la joue droite apparut un petit bouton que le patient, par suite du prurit dont il était le siège, écorchait sans cesse. Il en résulta une ulcération de la dimension d'une pièce de 50 centimes, sans suintement et recouverte d'une croûte. L'affection resta stationnaire jusqu'au moment de l'entrée du malade au régiment. Il y a un an, brusquement, sous l'influence d'application émollientes, il se fit une perte de substance considérable qui s'accompagna de suintement d'une odeur repoussante. Après avoir été réformé, il fit un séjour à l'hôpital de Saint-Etienne au mois d'avril 1898, et subit un traitement arsenical.

Puis il entra à l'Hôtel Dieu de Lyon le 7 juillet 1898.

On soupçonne la syphilis et le 8 juillet on donne au malade 4 grammes d'iodure de potassium et des frictions avec 4 grammes d'onguent mercuriel par jour. Après dix jours de ce traitement, pas d'amélioration sensible.

18 juillet. — On élève la dose d'iodure à 6 grammes par jour et on continue les frictions.

20 juillet. — La dose d'iodure est portée à 8 grammes et l'on fait des injections de 5 centigrammes de calomel dans la fesse. On supprime les frictions.

26 juillet. — Amélioration. L'ulcération s'est détergée, suinte davantage. Son fond commence à bourgeonner.

Elle est toujours aussi creuse et l'induration des bords n'a pas sensiblement diminué.

On fait une deuxième injection de 5 centigrammes de calomel.

Le traitement intensif que l'on a fait suivre au malade a déterminé un amaigrissement notable.

Au mois de novembre, comme il n'y a pas de progrès, on essaie les injections de chélidoïne autour de la tumeur, mais sans résultats. L'ulcération gagne par sa périphérie du côté de l'œil et du nez.

On se décide à intervenir.

14 décembre. — Ablation de la tumeur. Le périoste de l'os molaire étant envahi, on pratique la résection de cet os.

Pour recouvrir la perte de substance qui est de la largeur de la main et entame l'angle externe de l'œil, on emprunte un lambeau au cou. Ce lambeau ramené par pivotement sur la plaie n'en recouvre environ que la moitié inférieure. Un deuxième lambeau pris sur la région temporale diminue d'un tiers la perte de substance et il reste un espace de la largeur d'une pièce de 5 francs qu'on laisse cicatriser par bourgeonnement.

L'examen histologique de la tumeur pratiqué par M. le professeur agrégé Paviot nous montre « qu'il s'agit d'un cancroïde, mais d'une forme peu maligne ». On le voit constitué par des boyaux épithéliaux plongeant ramifiés et très grêles ; de plus faisant de nombreux globes cornés.

Comme fait intéressant, on peut noter que la tumeur est envahie par de très nombreuses petites cellules rondes qui témoignent d'une infection de surface très intense.

Enfin, par place, il y a des nappes de fibres musculaires

lisses, mais elles sont toutes parfaitement adultes et doivent appartenir aux *arrectores pilorum*.

La cicatrisation suit son cours régulier, mais s'accompagne de paralysie par suite de la section des rameaux du facial.

La sensibilité et la motilité reparaissent cependant quelque peu avant le départ du malade que l'on peut renvoyer complètement guéri le 27 février 1899.

Le 30 mars 1899, il revient et M. Vallas peut constater l'heureux résultat de l'opération. Le malade ne présente plus qu'un léger degré d'ectropion au niveau de la commissure externe de la paupière, pour lequel on lui fera subir une opération autoplastique,

OBSERVATION VIII

(Due à l'obligeance de M. le professeur M. Pollosson.)

Epithélioma de la joue droite, greffé sur un lupus.

M. R..., cultivateur, âgé de vingt-trois ans, entre dans le service de M. le professeur Pollosson, salle Saint-Joseph, n° 26, le 19 décembre 1898.

Père vivant, bien portant. Mère également bien portante. Une sœur morte de fièvre typhoïde (?). Deux sœurs et un frère bien portants. Pas de service militaire à cause du lupus. Tendance à l'alcoolisme. Pas de syphilis. Fièvre typhoïde à dix-sept ans.

Le malade entre dans le service pour une tumeur siégeant sur la joue droite. Le malade est porteur d'un lupus

qui a débuté à l'âge de huit ans, au milieu de la joue. Entre à l'Antiquaille à l'âge de neuf ans et demi. Il y est traité par le cautère. Après un séjour de six ans et demi, il est sorti amélioré. Retour à la campagne où il habite avec ses parents ; couchait seul et n'avait d'autres rapports qu'avec ses parents

Chez ces derniers on ne relève aucune tare bacillaire ni carcinomateuse. Son père a cinquante-cinq ans et ses grands parents sont morts âgés.

Actuellement, le malade est porteur de son ancien lupus qui a envahi toute la joue droite, l'oreille (faces antérieure et postérieure), arrive à l'angle externe de l'œil, au pli labio-génien, la commissure droite et la région sous-maxillaire. Sur ce lupus s'est développé une tumeur. Celle ci a débuté au mois de juin par un petit bouton dur, non ulcéré.

La tumeur s'est développée lentement. Depuis deux mois, l'accroissement est assez rapide. Cette tumeur siège sur la joue, dépassant la ligne du tragus à la commissure, arrivant à 2 cm. 50 de celle-ci, envahissant tout l'angle inférieur de la mâchoire. Sa forme est allongée et ses bords sont plus épais en arrière qu'en avant.

La tumeur est rouge, ulcérée, un peu suppurante. Au centre se trouve une large tache noirâtre. Elle est entamée par un sillon très marqué ; la tumeur semble ainsi placée sur un large pédicule.

Pas d'hémorragie à la surface de la tumeur.

Pas de ganglions. Pas d'adhérences à la face profonde : on peut passer son doigt entre la tumeur et le maxillaire.

Pas de trismus. Pas de saillie dans la cavité buccale.

Légère mobilité. Bourgeons charnus, exubérants, consistants. La tumeur ne se modifie pas quand on fait baisser la tête.

Pas d'amaigrissement notable.

Pas de troubles digestifs.

24 décembre. — Opéré par M. le professeur Pollosson. Ablation de la tumeur par une incision faite autour de celle-ci. Les ganglions sont également enlevés.

L'examen histologique, fait par M. le professeur agrégé Paviot, donne les renseignements suivants :

Epithélioma greffé sur un lupus. Epithélioma du type ectodermique, mais de forme maligne, très infiltré, faisant très peu de corne, mais au contraire formant des nappes épithéliales considérables. On ne trouve nulle part, ni dans la tumeur, ni autour d'elle, de cellules géantes.

On peut cependant noter que quelques travées du stroma offrent une infiltration de petites cellules rondes n'ayant aucun caractère de spécificité.

OBSERVATION IX

(Due à l'obligeance de M. le professeur Poncet.)

*Cancroïde de la lèvre supérieure chez un homme
de trente-trois ans¹.*

C. J..., cultivateur, entré le 28 février 1899, salle Saint-Philippe.

¹ Cette observation nous a paru présenter un tel intérêt que, malgré une différence de trois ans, nous l'avons publiée.

Père mort alcoolique à soixante ans. Mère vivante et en bonne santé. Trois frères ou sœurs morts jeunes ; cinq encore vivants.

Lui même n'a jamais été malade. Pas de syphilis. Alcoolisme léger. Marié à vingt-cinq ans, quatre enfants. Il y a deux ans, apparut un petit bouton sur la lèvre supérieure, accompagné de démangeaisons. Le malade gratte ce petit bouton qui s'ulcéra, et, à la suite d'un traumatisme sur la lèvre supérieure, se mit à augmenter rapidement de volume.

Actuellement, sur la lèvre supérieure, on aperçoit une ulcération de forme triangulaire, à base dirigée en bas. Les bords sont taillés à pic et renversés en dehors ; le fond est jaunâtre.

Cette ulcération repose sur une base indurée.

La lèvre présente une déformation très marquée siégeant sur la ligne médiane.

Petits ganglions dans la région sus-hyoïdienne, surtout à gauche. Très bon état général.

2 mars 1899. — Ablation du néoplasme. On enlève également un ganglion.

9 mars. — Le malade sort guéri.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC — MARCHE ET PRONOSTIC

Diagnostic.

Le diagnostic du cancroïde de la face est difficile par suite du jeune âge du sujet, et les lésions sont nombreuses auxquelles on doit penser avant de le formuler nettement.

A. — Ce sont d'abord les lésions cutanées tuberculeuses à formes variées.

1° *Ulcère tuberculeux*. — C'est un ulcère atone, qui siège de préférence au niveau des orifices naturels. Sa base n'est pas indurée, son fond mamelonné est criblé de petites granulations jaunâtres; ses bords non décollés sont taillés à pic.

C'est un ulcère qui survient enfin chez un sujet tuberculeux, souvent même cachectique.

2° *Ulcère lupique*. — Superficiel, il siège au niveau des pommettes et des ailes du nez. Autour de lui, on voit une aréole rouge lie de vin parsemée de granulations tuberculeuses, en voie de ramollissement.

A côté, on remarque des points anciens de lupus cicatrisé.

L'état général du sujet est souvent et reste longtemps satisfaisant.

3° *Ulcère consécutif à la fonte d'une gomme tuberculeuse.* — Le début de l'affection s'est manifesté par un tubercule intradermique qui s'est ramolli puis ouvert à la peau. Celle-ci est soulevée, violacée, criblée de trous et ressemble à une véritable écumoire. Les bords de l'ulcération sont décollés et le stylet peut suivre les trajets anfractueux qu'ils recouvrent.

L'enfance et l'adolescence sont surtout frappées. Le cou et la face au niveau de la branche montante du maxillaire sont ses sièges de prédilection.

L'état général est peu atteint.

B. — La syphilis peut donner des lésions facilement confondues avec le cancroïde de la face.

1° Le *chancre syphilitique*, rare à la face, a été cependant signalé par Vicenti. Sa base indurée, l'adénopathie sous-maxillaire, l'œdème dur et violacé qui accompagne l'ulcération, l'absence de prurit et de douleur feront faire le diagnostic.

Au niveau de la lèvre, outre les caractères que nous venons d'indiquer, on se basera sur le gonflement considérable qui accompagne le chancre, sur le renversement de la lèvre consécutif, tous signes regardés par Jullien⁴ comme très précieux.

2° *Ulcères tertiaires.* — Multiples, ils sont entourés d'une aréole, cuivreuse indurée. Les bords sont pigmentés. Ils laissent suinter un ichor sanguinolent, mal lié

⁴ Jullien, *Traité pratique des mal. vénériennes*, Paris, 1879.

se concrétant facilement en une carapace rocailleuse d'un brun verdâtre (Jullien).

3° *La syphilis héréditaire tardive*. — On basera son diagnostic sur une enquête minutieuse et souvent très difficile du côté des parents, des frères, sur l'évolution des lésions, sur les cicatrices préexistantes, sur l'examen du squelette, des dents, des cornées.

Pour Aubert et Roussel, un bon signe serait l'existence d'ulcérations sur le côté de l'angle externe de l'œil.

C. — Certaines ulcérations dues à des intoxications professionnelles peuvent en imposer.

L'ulcère arsenical siège surtout aux doigts, autour des ongles, et s'attaque à la cloison des fosses nasales qu'il perfore.

Il en est de même pour l'ulcère dû à l'acide chromique.

Les antécédents, la profession du malade seront des guides suffisants.

D. — L'ULCÈRE ACNÉIQUE TUBERCULEUX est arrondi, elliptique, siège soit sur l'aile du nez, soit à la joue.

Ses bords sont taillés comme à l'emporte-pièce, n'entament que les parties superficielles des téguments et sont limités par un liséré pâle, légèrement œdémateux. « Une croûte noire, mince, gaufrée, imprégnée de graisse, facile à enlever¹ » recouvre l'ulcère.

Le fond est grisâtre, sans bourgeonnement; cet ulcère dégage une odeur fétide que l'on a comparée à celle de l'acide caproïque.

¹ Vallas, th., de Lyon, juillet 1887, p. 72.

Il ne repose sur aucune induration profonde et n'est pas douloureux.

Son extension est rapide.

E. ACTINOMYCOSE CERVICO-FACIALE¹. — La forme sub-aiguë seule nous occupera.

Elle débute par une douleur siégeant soit au niveau des dernières molaires, soit en arrière de l'angle inférieur de la mâchoire. Cette douleur est vive et revient par crise, surtout la nuit.

Dans la forme torpide, l'acuité de cette douleur est très diminuée.

Il existe un trismus précoce et un gonflement de la région temporo - maxillaire. Suivant l'expression de M. Bérard, ce gonflement « donne à l'œil et au toucher l'impression de quelque chose qu'on n'a pas vu, de quelque chose de bizarre ; il éveille l'idée d'un néoplasme, d'un sarcome en nappe, d'une lésion qui n'est pas classique ».

Intégrité du squelette, absence d'adénite terminent l'ensemble des symptômes qui entraîneront le diagnostic d'actinomycose.

Que l'on ajoute à cela la recherche des grains actinomycosiques et le doute ne pourra plus exister.

L'actinomycose des lèvres pourrait en imposer pour un cancroïde. On se basera sur le siège de l'ulcération qui se trouve sur la face interne de la lèvre, sur l'existence de douleurs quelquefois intolérables, enfin sur la présence d'une dent cariée ou cassée ayant déterminé l'apparition de l'ulcération primitive.

¹ Bérard L., *Actinomycose humaine*, Lyon, 1896.

Marche et pronostic.

Le cancroïde de la face, nous l'avons dit, suit chez les jeunes sujets une marche lente mais progressive, avec un temps d'arrêt plus ou moins long, jusqu'au jour où, définitivement constitué, il revêt les caractères ulcéreux que nous lui avons assignés.

Le cancroïde greffé sur un lupus présente une marche plus rapide, l'engorgement ganglionnaire est très marqué.

Le pronostic bénin, quand il s'agit d'un ulcère rongeur, s'assombrit lorsqu'on a affaire à un cancroïde greffé sur un lupus.

Il est d'autant plus grave que la lésion a fait plus de chemin et que les plans musculaires et osseux sont envahis.

De là, l'importance d'un diagnostic précoce et d'une intervention rapide. Plus l'hésitation durera et plus le mal fera de progrès ; plus l'opération devient grave, moindres seront les chances de succès.

CHAPITRE V

TRAITEMENT

La question du traitement du cancroïde de la face a été envisagée de façons très diverses, et les méthodes sont nombreuses qui ont été préconisées contre pareille lésion.

Celles-ci n'ont été appliquées que chez des adultes et des vieillards. Mais nous estimons qu'elles pourraient être employées chez l'enfant : c'est pourquoi nous les passerons en revue.

Disons tout d'abord que, partisan convaincu de l'opération radicale et hâtive, nous les repoussons, comme pouvant, par une amélioration passagère, faire croire à une guérison illusoire.

Toutefois, cette question ayant pris une importance considérable à l'heure actuelle, grâce à la méthode Cerny-Trunecek, nous croyons devoir la discuter.

Nous rappellerons pour mémoire le traitement médical : Liqueur de Fowler, chlorate de potasse à l'intérieur. Le peu de résultats obtenus à l'aide de ces médicaments suffit pour juger leur valeur.

Les applications de chlorate de potasse, de pâte sulfurique¹, celles d'acide lactique², les injections de bleu de

¹ Belt, *Med. News*, 26 mai 1894.

² North, *New-York state med. assoc.*, 9 octobre 1894,

méthylène¹, les badigeonnages de trichlorure d'antimoine², ceux de bleu de méthylène³ n'ont pas donné les résultats qu'on attendait.

Nous en dirons autant de l'électrolyse appliquée au traitement du cancer cutané et de la méthode électro-mercure⁴. Cette dernière est trop récente pour permettre d'apprécier son efficacité. Gaucher⁵ préconise la cautérisation et spécialement la cautérisation par le thermo-ou le galvano-cautère. Dans l'intervalle des cautérisations, il fait des pansements avec la pommade au chlorate de potasse de 1/6 à 1/3.

Nous n'avons pu contrôler les résultats ainsi obtenus et nous nous abstenons de toute appréciation.

Que dire du traitement à l'aide de la sérothérapie? Très à la mode pendant quelques années, il n'a pas obtenu, jusqu'alors, le succès qu'on était en droit d'espérer de lui.

Nous résumerons pour l'apprécier la revue de S. Trombetta⁶ *Sulla sieroterapia del Cancro*. L'auteur rapporte les essais de sérothérapie anticancéreux (injections de sérum de chiens, auxquels on avait injecté du suc de cancer mammaire), tentés sur deux malades :

Premier cas. — Aucune modification de l'état général; peut-être une légère diminution du volume de la tumeur.

¹ Dubarry, *Normandie médicale*, 1^{er} avril 1897.

² Palmer, Applicat. locales de trichl. d'antim. (*Med. Record*, 11 juillet 1896).

³ Mazet, *Marseille médical*, 1^{er} juillet 1897. — Schwimmer-Genersich, *Berlin. klin. Wochen.*, 6 déc. 1897.

⁴ Massey, *J. American medic. assoc.*, 23 avril 1898.

⁵ Gaucher, *Ann. de dermat.*, p. 1210, 1896.

⁶ S. Trombetta, *Sulla sieroterapia del cancro Morgagni*, p. 54, janvier 1896.

Deuxième cas. — Légère diminution de volume de la tumeur, mais la marche de la maladie continue et amène la mort par cachexie cancéreuse, deux mois après le commencement du traitement.

Les tentatives faites avec le sérum érysipélateux n'ont pas obtenu plus de succès, et présentent certains dangers si le sérum n'est pas parfaitement pur. C'est du moins, ce qu'il semble résulter d'un travail d'Eugen Hirschfeld, datant du 20 mars 1896². Les injections de toute nature ont été préconisées. Voici ce qu'en dit Scemana de Gialloully³.

Les injections chimiques (acide lactique, chimique, salicylique, chlorhydrique, etc.) et les injections de liquides organiques n'ont amené aucun cas de guérison. Seules les injections d'alcool auraient produit quelque résultat, et offriraient moins de danger pour le malade.

Nous arrivons enfin à un mode de traitement déjà ancien, mais remis en honneur depuis quelques années : nous voulons parler de la méthode Cerny-Trunecek⁴.

Ces expérimentateurs ont employé la formule suivante :

Acide arsénieux pulv.	:	1	gramme
Alcool éthylique.	.	.	} 75 —
Eau distillée . . .	.	.	

Après avoir nettoyé la surface du cancer exulcéré ou superficiel, les seuls traités, on applique le topique au moyen d'un pinceau, on laisse évaporer et on panse à plat.

¹ Eugen Hirschfeld, *Australasian med. Gaz.*, 20 mars 1896.

² Scemana de Gialloully, th. Paris, 1896.

³ Cerny et Trunecek, Guérison radicale du cancer épithélial (*Sem. méd.*, 5 mai 1897).

Ce traitement amène, d'après eux, une modification radicale des cancers superficiels (nez, face).

Homell¹, qui a essayé ce traitement, n'a obtenu aucun résultat.

Nous donnons ici le résumé d'un article de M. Voron, interne des Hôpitaux de Lyon, paru dans le *Lyon médical* du 29 mai 1898². Sur les indications de M. Jaboulay, chirurgien des Hôpitaux, on pratique chez un malade, dont l'on n'indique pas l'âge, porteur d'un épithélioma ulcéré siégeant à la région temporale gauche, à la partie inférieure du front, vers la queue du sourcil où en était le point du départ, on pratiqua, disons-nous, des badigeonnages avec la solution suivante :

Acide arsénieux . . .	5 grammes
Eau distillée. . . . }	75 —
Alcool }	

Les badigeonnages furent faits quotidiennement depuis le 12 mars au 6 avril 1898.

A ce moment, la cicatrisation commençait à se faire. Le malade quitta le service et continua le traitement chez lui : actuellement, la guérison est complète.

Le seul reproche que nous pouvons formuler est celui de n'avoir pas fait contrôler le diagnostic par un examen histologique, afin de s'assurer de la nature de la tumeur. Devant cette absence de faits probants, une seule solution nous reste, l'intervention sanglante.

¹ Homell, Zur Behandlung. des Krebses nach Cerny-Trunecek (*Beitr. z. klin. Chir.*, XVIII, p. 789).

² Voron, Epithélioma de la face traité par l'acide arsénieux (*Lyon Méd.*, 29 mai 1898, p. 163).

C'est celle qui a été mise en pratique dans tous les cas que nous avons publiés. Et les résultats semblent dépasser les espérances.

Sans parler des malades récemment opérés, nous pouvons citer le malade de M. Gangolphe qui, plus d'un an après l'opération, ne présentait pas trace de récurrence, celui de Turner qui, deux ans après l'intervention, n'avait eu aucune récurrence.

Cette opération doit être aussi radicale que possible. Elle consistera dans l'ablation totale de la tumeur, dans sa dissection et l'extirpation des ganglions envahis, s'il s'en rencontre. Dans les cas plus avancés, dans lesquels les plans osseux sont atteints, un évidemment, une résection même s'imposent.

Ces vastes délabrements seront suivis d'une autoplastie immédiate qui réparera, dans la mesure du possible, les désordres commis.

CONCLUSIONS

I. Le cancroïde de la face est une affection relativement rare chez les jeunes sujets. Il n'est pas cependant l'apanage exclusif de l'âge mûr et de la vieillesse.

Nous avons pu en réunir plusieurs observations qui nous ont paru probantes et dans lesquelles les âges extrêmes sont huit et vingt-six ans. L'âge moyen, quinze ans, semble être le plus atteint.

II. Il revêt le plus ordinairement le caractère ulcéreux *rodent ulcer* des Anglais ; nous en avons cependant signalé d'autres formes.

III. Sa marche lente au début, l'absence presque constante d'envahissement ganglionnaire en font une tumeur intermédiaire aux types malin et bénin.

La facilité avec laquelle on peut le prendre pour une lésion tuberculeuse syphilitique ou actinomycosique rend le diagnostic délicat. Sa propagation possible aux os de la

face, si l'on n'applique pas un traitement immédiat et approprié, exige un diagnostic précoce.

IV. Le traitement de choix que nous proposons est l'ablation totale du néoplasme, suivie ou non d'auto-plastie.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
PONCET.

Vu :

LE DOYEN
LORTET.

Vu et permis d'imprimer,

LE RECTEUR,
Président du Conseil de l'Université,
G. COMPAYRÉ.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ALBERT (T.), *Lehrb. der. Chir.*, 4^e édition, Vienne, 1891, t. I, p. 204.
- AUDOUARD (P.), *De l'acné sébacée partielle et de sa transformation en cancroïde*, 4^e éd., Paris, 1878.
- BESNIER, *Epithéliomatose disséminée de la face, forme à début sébacé, acné partielle de Cazenave, acné sébacée, concrète, sénile, acné cancroïdale* (*Mus. de l'hôp. Sainte-Lucie. Iconographie des mal. cut. et syphil.*, Paris, 1896, 85 94, 1 pl.).
- BOURLET, *Epithélioma cutané; adénome sébacé* (*J. de sc. méd. de Lille*, 1896, II, 161-165).
- BROCA, *Cancroïdes cutanés* (*Gaz. hebd. de méd. de Paris*, 1887, 2^e s., XXIV, 645; 658).
- CERNY et TRUNECEK, *Guérison radicale du cancer épithélial* (*Sem. méd.*, 5 mai 1897).
- CHARMEIL, *De l'épithélioma se développant sur un lupus* (*Echo méd. du Nord*, 10 octobre 1897).
- CHARON et LEDEGANCK (M.-K.), *Tumeurs malignes de la première et de la seconde enfance* (*Bull. Acad. Roy. de méd. de Belgique, Bruxelles*, 1876, 3^e s., XII, 518-558, 3 pl.).
- CHAUVEAU, *Contribut. à l'étude des tumeurs malignes des enfants* (th. Paris, 1883).
- DUBASSY, *Guérison d'un épithélioma de la face par le bleu de méthylène* (*Normandie méd.*, 1^{er} avril 1897).

- DAVEZAE, Cancroïde du nez guéri par la méthode Cerny-Trunecek (J. méd. Bordeaux, 7 nov. 1897).
- DUPLAY, Les tumeurs de la joue (Méd. mod., 17 mars 1897).
- DUZAN, Le cancer chez les enfants (th. Paris, 1876).
- ESTRADA, Epithélioma de la région temporale droite simulant une lésion syphilitique (Bull. de la Soc. franç. de Dermat. et Syphilig., Paris, 1892, 316-318).
- FABRE, De la contagion du cancer (th. de Lyon, 1892).
- FILARETONPOULO, Traitement radical de l'épithélioma cutané (Rev. des mal. cancéreuses, 1896, I, p. 230).
- GANGOLPHE (M.), Epithélioma de la lèvre supérieure chez un garçon de quinze ans (Mém. et C. R. Soc. des sc. méd. de Lyon, 1892-93, XXXII, p. 137-139).
- GALLARD, De l'épithélioma aux divers âges, 4, Paris 1892.
- GAUCHER, Traitement de l'épithélioma cutané (Ann. de Derm., p. 1210, 1896).
- GENDRIN, Influence des âges sur les maladies (th. d'agrégation, 1840).
- GINESTONS, Acide arsénieux et orthoforme dans le cancer épithélial (Gaz. hebd. Bordeaux, 10 avril 1898).
- SCÉMAMA DE GIALLOULY, th. Paris, 1896.
- HARTZELL, Epithélioma chez un enfant de quatorze ans.
- HERMET, Cicatrisation d'un épithélioma de la face par le procédé de Cerny (Ann. de Dermat, IX, p. 226 et 559, 1898).
- EUGEN HIRSCHFELD, Australasian med. Gaz., 20 mars 1896.
- HORNELL (H.), Zur Behandlung des Krebses nach Cerny-Trunecek (Beitr. z. klin. Chir., XVIII, p. 789).
- HOWE (J.-W.), Epithélioma; pathology; differential diagnosis between lupus, rodent ulcer and syphilitic ulcer (Hosp. Gaz. N. York, 1879, VI, 595).
- JULLIEN, Traité pratique des malad. vénériennes, Paris, 1879.
- KRASNOBAYEFF (T.), Epithelioma of upper lip and right alar nasi in a girl eight years old (Med. Obozr. Mosk., 1893, XXXIV, 143-144).
- LAILLIER (Ch.) et MATHIEU, Lupus et tuberculoses cutanées (Arch. gén. de méd., juillet et août 1886).

- LEBERT, Traité pratique des mal. cancéreuses, Paris, 1851.
- LEITZ, Le cancer au-dessous de trente ans (th. Munich, 1897).
- LEVAILLANT, Des tumeurs malignes chez les enfants (th. Paris, 1881).
- LIARAS, Epithélioma du nez traité par l'acide arsénieux (J. méd. Bordeaux, 20 février 1898).
- MARIAGE (L.), Essai sur les tumeurs malignes des enfants (th. Paris, 1895).
- MASSEY, Nouveau traitement électro-mercurique du cancer (J. Améric. méd. associat., 23 avril 1898).
- MAZET, Epithélioma ancien et assez étendu de la face (angle externe de l'œil), traité et guéri par ses applications de bleu de méthylène (Marseille méd., 1^{er} juillet 1897).
- MONTSERET, Cancroïde de la face traité avec succès par des applications d'acide arsénieux (N. Montpellier méd., 9 avril 1898).
- MORGAN, Traitement des cancers cutanés (Med. News, 21 avril 1897).
- PALMER, Applications locales de trichlorure d'antimoine dans un cas d'épithélioma de la face (Méd. Record, 11 juillet 1896).
- POLLOSSON, Cancroïde de la face (Prov. méd. Lyon, 1890, IV, 37-40).
- PONCET (A.), Lupus et épithélioma (Mém. et c. rendu, Soc. méd. de Lyon, 1895-96, XXXV).
- PICOT, Les tumeurs malignes des enfants (Rev. méd. Suisse rom., 1883).
- ROMMELAERE et BORLÉE, Rapport de la Commission chargée de l'examen du mémoire de Charon et Ladeganck (Bull. Acad. méd. de Belgique, 1878, 3 s., XII, 454-458).
- ROUX, Précocité des opérations pour cancer (Rev. méd. Suisse rom., XV, p. 228).
- SELBERG, Ein Fall von Cancroïd des Haut bei einem 6 Monate alten Kinde (Arch. f. Anat., etc, Berlin, 1896, CXLV, 176-179).
- SOULIGOUX et PILLIET, Epithélioma calcifié de la tempe (Soc. anat. Paris, 13 mai 1898).

- STERN, Les tumeurs malignes dans le jeune âge (Deutsche med. Woch., 1892).
- TURNER, Epithélioma of lip and of penis in a man aged 24 (Lancet, London, 1892, I, 1421).
- TILLAUX, Épithélioma de la face (Progrès méd., 30 janvier 1897).
- TROMBETTA (S.), Sulla siero-terapia del Cancro (Morgagni, p. 54, janvier 1896).
- VALLAS, Ulcérations tuberculeuses de la peau (th. de Lyon, 1887).
- VORON, Epithélioma de la face traité par l'acide arsénieux (Lyon méd., 29 mai 1898, p. 163).
- WILLIAMS (W.-ROGER), The malignant tumours of infancy, childhood and youth (Lancet London, 1897, I, 1194; 1259; 1328).
-

TABLE

AVANT PROPOS	7
CHAPITRE PREMIER. — Historique	11
CHAPITRE II. — Etiologie. — Pathogénie. — Anatomie patho- logique.	14
CHAPITRE III. — Symptomatologie.	19
I. Ulcère rongeant	19
II. Cancroïde greffé sur le lupus.	22
III. Xeroderma pigmentosum	23
OBSERVATIONS	24
CHAPITRE IV. — Diagnostic. — Marche et pronostic. . .	41
Diagnostic	41
Marche et pronostic.	45
CHAPITRE V. — Traitement	46
CONCLUSIONS	51
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.	53

